



www.unimedvc.coop.br
Maestro Filomeno dos Santos, nº 109
36900-022 - Centro, Manhuaçu/MG
T. (33) 3339-4444



CONTINUIDADE PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

IMPORTANTE: Só preencha esse formulário caso a Comissão de Avaliação e Concessão de Reembolso (CACR) tenha entrado em contato e solicitado a apresentação dos documentos listados abaixo, ou novos documentos.

Favor assinalar a documentação que está sendo entregue.

- Termo “Solicitação de Reembolso” devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário, onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular.
- Relatório Médico declarando o quadro clínico do beneficiário justificando a necessidade do procedimento realizado em caráter particular (nome do paciente, diagnóstico (CID) e exame/procedimento realizado ou material/medicamento utilizado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar).
- Guia ou pedido médico (carimbado, assinado e datado);
- Recibo (somente quando forem honorários médicos) e/ou Nota Fiscal “Original”, com carimbo, descrição do procedimento, data da realização e nome do beneficiário atendido;
- Conta ou Despesa Hospitalar detalhada (discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital), quando houver.
- Laudos relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- Recibos originais individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
- Xerox do cartão bancário ou da folha de cheque do titular do plano. Se o titular for menor, a documentação deve ser do responsável pelo plano.
- Xerox da Identidade e CPF do Titular Responsável e do favorecido; Para Titular menor de idade, onde o solicitante do reembolso seja o responsável, deverá ser comprovada responsabilidade com cópia da certidão de nascimento ou identidade do menor e identidade do responsável, que deverão ser anexadas ao processo ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes a terceiros.
- Novos documentos solicitados pela CACR: _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO DA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Nome beneficiário atendido: _____

CPF: _____

Código beneficiário atendido: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Assinatura do cliente conforme documento apresentado
(responsável pelo plano Unimed)



ANX 005 PRS REA 006

ANS - nº 317896